UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 49

SUR DEUX CAS
DE SYPHILIS PRIMAIRE TRAUMATIQUE
ET CINQ CAS
DE SYPHILIDES TERTIAIRES
CONSÉCUTIVES A DES TRAUMATISMES SUBIS AU COURS DU TRAVAIL
CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 mars 1946

PAR

Pierre-Bernard SAINT-ANDRÉ

Élève de l'École du Service de Santé de la Marine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à POUYDESSEAUX (Landes), le 17 août 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur ..... *Président.*
PERRENS, professeur .....
DERVILLÉE, professeur ..... *Juges.*
DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

SAINT-ANDRÉ (Pierre-Bernard).

Sur deux cas de syphilis primaire traumatique et cinq cas de syphilides tertiaires consécutives à des traumatismes subis au cours du travail. Conséquences médico-légales. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 49 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 49.)

SAINT-ANDRÉ (Pierre-Bernard).

Sur deux cas de syphilis primaire traumatique et cinq cas de syphilides tertiaires consécutives à des traumatismes subis au cours du travail. Conséquences médico-légales. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 49 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 49.)

SAINT-ANDRÉ (Pierre-Bernard).

Sur deux cas de syphilis primaire traumatique et cinq cas de syphilides tertiaires consécutives à des traumatismes subis au cours du travail. Conséquences médico-légales. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 49 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 49.)

SAINT-ANDRÉ (Pierre-Bernard).

Sur deux cas de syphilis primaire traumatique et cinq cas de syphilides tertiaires consécutives à des traumatismes subis au cours du travail. Conséquences médico-légales. — Bordeaux, Delmas, 1946. In-8°, 49 p.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 49.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946. — N° 49

SUR DEUX CAS DE SYPHILIS PRIMAIRE TRAUMATIQUE ET CINQ CAS DE SYPHILIDES TERTIAIRES

CONSÉCUTIVES A DES TRAUMATISMES SUBIS AU COURS DU TRAVAIL

CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 15 mars 1946

PAR

Pierre-Bernard SAINT-ANDRÉ

Élève de l'École du Service de Santé de la Marine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à POUYDESSEAUX (Landes), le 17 août 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur ..... *Président.*
PERRENS, professeur .....
DERVILLÉE, professeur ..... *Juges.*
DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurg. et gynécol.	N.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Hygiène	N...
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Médecine expérimentale	N.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	N.
id.	N.
id.	BROUSTET.
id.	N.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	N.
id.	MAGENDIE.

	MM.
Chirurgie générale	POUYANNE.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	N.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	FAUGÈRE.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.

	MM.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
Pathologie chirurgicale	J. CHAVANNAZ.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1re CLASSE GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE BOURRET

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur du Nichan-Iftikhar,
Officier du Ouissan-Allaouit.

A NOS PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A NOS MAITRES DES FACULTES DE MEDECINE
DE BORDEAUX ET DE MONTPELLIER

A NOS JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Officier d'Académie.

SUR DEUX CAS

DE SYPHILIS PRIMAIRE TRAUMATIQUE

ET CINQ CAS

DE SYPHILIDES TERTIAIRES

Consécutives à des traumatismes subis au cours du travail

CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES

AVANT-PROPOS

Une succession inusitée de cas de syphilides tertiaires succédant à des traumatismes et observés à la consultation de dermato-syphiligraphie dans le service de M. le Professeur Joulia, nous a incité à porter notre attention sur la question des rapports de la syphilis et des traumatismes.

Au cours de cette étude, M. le Docteur Le Coulant a eu l'extrême amabilité de nous fournir divers renseignements concernant le sujet. Nous remercions également M. le Professeur Dervillée, qui a très aimablement mis à notre disposition ses travaux personnels sur la question, ainsi que MM. les Docteurs L'Epée et David-Chaussé, qui nous ont aussi guidé au cours de ce modeste travail.

M. le Professeur Joulia nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse inaugurale.

A tous, nous devons rendre ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Etudier la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, tel est le but du travail que nous entreprenons. Nous avons voulu :

1° Démontrer d'abord, par l'exposé des travaux que nous avons pu consulter au cours de nos recherches bibliographiques et par l'exposé des cas cliniques que nous avons pu observer, l'influence des traumatismes d'intensités et d'applications variées sur la syphilis à ses diverses périodes :

a) *Période primaire :* inoculation traumatique de la syphilis, syphilis professionnelle;

b) *Périodes secondaire et tertiaire :* apparition de lésions syphilitiques succédant à des traumatismes.

2° Dans une deuxième partie, nous envisagerons les conséquences médico-légales de ces lésions syphilitiques ayant succédé à un traumatisme, lorsque celui-ci est survenu pendant le travail ou à l'occasion de ce dernier.

Importance de la question.

Le traumatisme influe-t-il vraiment sur la syphilis ? Il semble difficile de le nier lorsqu'on examine les cas qui ne sont pas exceptionnels et qui, comme ceux que nous exposerons plus loin, sont réellement démonstratifs.

Le traumatisme porté sur un organisme en puissance de syphilis souvent latente et ignorée de l'intéressé peut révéler la maladie en son point d'application.

Les conséquences du point de vue de la responsabilité patronale sont évidentes : L'Américain Klauder va jusqu'à recom-

mander la réaction de Bordet-Wassermann systématique chez tous les ouvriers victimes d'un accident du travail, afin de pouvoir appliquer immédiatement le traitement spécifique si la réaction est positive. Une fois le diagnostic posé, ce traitement guérit en effet rapidement des lésions qui dureraient des mois et des années si, polarisé sur le traumatisme, le médecin ne soupçonnait pas au-dessous l'action des tréponèmes.

I

HISTORIQUE

Nous passerons d'abord rapidement en revue les divers auteurs qui ont étudié ce sujet :

Au XVI[e] siècle, Lusitanus, Saviard, craignent les complications syphilitiques pour leurs opérations.

« Un homme blessé dans le temps qu'il a la vérole ne guérit jamais de ses blessures ou du moins avec beaucoup de difficultés, car ceux qui ont le sang gâté, qui abondent en mauvaises humeurs et qui ont beaucoup d'âcres dans le corps souffrent de très grandes difficultés à guérir de leurs blessures », disait en 1685 le médecin toulousain Lecay.

Ricord et Fournier, à la fin du XIX[e] siècle, considéraient comme négligeable l'influence du traumatisme, en réaction contre l'école de Verneuil, qui, vers 1865, étudia l'influence du traumatisme sur les diverses diathèses, tuberculoses, cancers et syphilis (travaux d'Ozenne et Petit).

Tarnowsky, en 1877, va jusqu'à préconiser le diagnostic de la syphilis par l'apparition de papules spéciales à la suite de cautérisations cutanées (test de Tarnowsky).

A noter en 1893 la thèse de Crépin sur *Syphilis et irritation*.

Milian met ensuite en lumière l'intérêt soulevé à propos des syphilis traumatiques par la loi de 1898 sur les accidents du travail.

Pendant la première guerre mondiale, MM. les Docteurs Gougerot et Clara, Auguste Broca, Clément Simon, étudient les rapports de la syphilis avec les blessures de guerre.

Depuis, communications et thèses se multiplient, et la plu-

part des auteurs admettent l'influence des traumatismes sur l'apparition de syphilides au point traumatisé.

Certains auteurs cependant restent sceptiques à ce sujet et considèrent comme très rare la syphilis d'origine traumatique : tel est le cas de Thibierge, qui nie en particulier l'existence de syphilis traumatiques strictement cutanées, tout en admettant l'existence de syphilis osseuse d'origine traumatique.

Pour les premières, il invoque la présence de lésions osseuses sous-jacentes à partir desquelles la lésion syphilitique se propagerait vers la surface cutanée; il invoque, de plus, la fréquence des simulations produites par le moyen de caustiques.

Sans vouloir nous étendre ici dans la discussion de cette opinion, nous verrons que dans certains des cas que nous exposons, il est bien difficile d'invoquer une participation osseuse. Quant aux simulateurs, il est possible de les démasquer.

II

LES SYPHILIS PRIMAIRES TRAUMATIQUES

Le traumatisme, dans ce cas, inocule le tréponème et l'apparition du chancre syphilitique se fait dans les délais normaux d'incubation : c'est un véritable accident.

Le traumatisme donne la syphilis (cas du médecin qui se blesse avec un instrument infecté).

Mentionnons la classique syphilis des verriers et les subtilités de la jurisprudence qui argue du fendillement des lèvres par la canne à souffler le verre pour en faire un accident du travail, contrairement à la loi de 1898, laquelle invoque l'action soudaine et violente d'une cause extérieure.

Citons les syphilis inoculées directement par morsures et venons-en à nos deux cas de chancre greffé sur une plaie.

Observation I.

(G. Petges et P. Le Coulant, Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 5 juill. 1929 et 19 juill. 1929, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juill. 1929.)

Un cas de chancre syphilitique du médius (chancre-panaris de Taylor).

B... (René), 42 ans, docker. Se présente à la consultation de la Clinique dermatologique le 28 juin 1929, pour une lésion ulcéreuse

de la phalangette du médius gauche, dont il est porteur depuis une dizaine de jours; une quinzaine de jours après une piqûre par un fil d'acier pendant son travail, il vit apparaître une plaie indolente du médius accompagnée d'un état phlegmoneux du dos de la main, une lymphangite de l'avant-bras, du bras, et une volumineuse adénopathie sus-épitrochléenne et axillaire non douloureuse, sans périadénite.

Cette ulcération rouge, propre, suintante, ne suppurant pas, de consistance ferme à l'extrémité du médius, l'absence de douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements des doigts, les caractères de la polyadénopathie axillaire et sus-épitrochléenne, font penser à la possibilité d'un accident primitif syphilitique que confirme d'ailleurs la présence du tréponème dans la sérosité de la lésion et une réaction de Bordet-Wassermann très fortement positive dans le sang. L'origine de l'infection échappe complètement. Le malade est immédiatement traité par une injection intraveineuse de novarsénobenzol.

Un nouvel interrogatoire du malade nous apprend qu'il avait eu des contacts manuels avec une femme rencontrée passagèrement. Le patient a reçu successivement les doses de 15, 30, 45 et 60 centigrammes de novarsénobenzol. L'œdème du doigt et de la main, la lymphangite tronculaire de l'avant-bras et du bras avaient disparu après l'injection de 60 centigrammes et le chancre est à peu près cicatrisé. Il persiste encore à cette date une surface cruentée, grande comme une pièce de 20 centimes, en voie de cicatrisation. Le traitement est poursuivi.

Observation II.

Chancre-panaris de Taylor à l'index droit.

Mme D... (Juliette), 24 ans, couturière.

La malade présente une lésion ulcéreuse violacée, d'aspect rappelant la tourniole, entourant l'ongle dans sa presque totalité, ne suppurant pas, et sécrétant une sérosité abondante, lésion très douloureuse. Adénopathie légère axillaire droite.

La malade aurait donné des soins à une personne syphilitique en dehors de l'hôpital et sa main aurait été en contact avec le vagin de cette personne. L'examen à l'ultra-microscope met en évidence la présence de tréponèmes au niveau de la lésion. Bordet-Wassermann négatif le 10 septembre 1945.

La malade est enceinte de 3 mois; du 10 septembre au 19 octobre 1945, elle reçoit 12 injections de bivatol.

Bordet-Wassermann négatif le 19 octobre 1945.

Du 22 octobre au 16 novembre 1945, elle reçoit 6 injections de bivatol. Repos trois semaines.

Une série de bivatol du 19 novembre 1945 au 7 janvier 1946. La malade accouche à 7 mois 1/2 le 12 janvier 1946.

Dans ces deux cas, s'agit-il d'un accident du travail ? La blessure qui a servi de porte d'entrée est bien due à l'action soudaine et violente d'une cause extérieure :

Le fait est indéniable pour M. B..., blessé au cours de son travail.

Quant à Mme D..., on pourrait penser que la porte d'entrée peut être une piqûre par aiguille à la pulpe du doigt, bien qu'il ne s'agisse pas là d'un accident du travail au sens strict du mot, car ce genre de traumatisme est habituel chez les couturières.

Ils pourraient donc invoquer cela pour dire qu'il s'agit d'un accident du travail. Mais, d'autre part, leur employeur peut répondre qu'ils sont allés chercher ailleurs qu'au cours de leur travail les tréponèmes venus les infecter par ces portes d'entrée (origine vaginale de ce tréponème dans les deux cas). Il n'est pas possible d'assimiler ces cas à celui d'une sage-femme qui contracte un chancre du doigt au cours d'un accouchement, ou d'un médecin ou d'une infirmière qui le contractent par piqûres au moyen d'un instrument chirurgical infecté.

La plupart des auteurs considèrent dans ce cas qu'il y a aggravation par absence de précautions hygiéniques assimi-

lable à l'aggravation par « manque de soins ». D'autres sont plus indulgents.

Dans le cas de syphilis inoculée directement au cours du travail, comment prouver la relation de cause à effet du traumatisme et de l'inoculation syphilitique ?

Outre le certificat d'origine de la blessure, il faudra qu'il y ait coïncidence de siège entre le chancre et la blessure et apparition de ce chancre dans le délai habituel d'incubation (trois semaines à un mois).

Voici quelles sont les positions respectives du patron et de son ouvrier en application de la loi de 1898 :

On ne tiendra compte que de la capacité de travail avant et après l'accident. Jusqu'à la date de la consolidation, date à laquelle l'ouvrier peut reprendre son travail, c'est la période d'incapacité temporaire; l'ouvrier aura droit au demi-salaire et aux frais médicaux.

Forgue et Jeanbrau fixaient la consolidation au moment de la disparition des accidents secondaires; c'est à partir de ce moment que va courir la rente, d'après ces auteurs.

Ce système nous paraît critiquable pour deux raisons :

1° les accidents secondaires peuvent passer inaperçus, surtout avec l'emploi des nouvelles méthodes thérapeutiques et des cures de blanchiment;

2° Prolongation de la période d'incapacité temporaire chez un sujet dont la capacité de travail est, en somme, peu diminuée.

D'après le guide-barème de 1939 sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'incapacité temporaire doit répondre à la période contagieuse initiale pendant laquelle est suivi le traitement dit « de blanchiment ».

En ce qui concerne la fixation du taux d'incapacité permanente, il faut tout d'abord reconnaître que cette incapacité est justifiée pour deux raisons :

1° nécessité d'un traitement qui doit être long et régulièrement suivi;

2° possibilité, même avec un traitement correct, de certaines complications.

Le taux d'incapacité permanente partielle donné à titre indicatif par le guide-barème oscille entre 10 et 30 p. 100. Il convient de tenir compte de l'âge et du fait que le sujet est plus ou moins capable de supporter un traitement actif. C'est ce qui explique cette marge entre les taux maximum et minimum, marge que l'on a pu considérer comme une cote mal taillée, insuffisante si de grosses complications surviennent, ou trop importante si aucune complication ne se produit.

III

LES SYPHILIS SECONDAIRES ET TERTIAIRES TRAUMATIQUES

Il ne s'agit plus ici de syphilis inoculées concurremment au trauma, mais de l'apparition des lésions syphiloïdes succédant au traumatisme et pouvant être localisées aux divers appareils et tissus sur lesquels a pu porter celui-ci.

C'est une loi générale de la pathologie que tout traumatisme d'intensité variable, en partant de l'irritation, micro-traumatisme, et allant jusqu'à la contusion et la blessure, peut provoquer au point lésé une manifestation spécifique d'une infection même latente (tuberculose, cancer, maladies infectieuses diverses), à laquelle se trouve en proie l'organisme traumatisé.

Expérimentalement, il est facile de déterminer à volonté chez des animaux infectés des myocardites, des péricardites, des arthrites, divers foyers de suppuration à l'aide d'irritations mécaniques ou chimiques locales. En clinique, on voit tout aussi bien au cours d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une affection à streptocoque ou autres, se constituer une collection purulente riche en germes de l'infection en cours, au niveau de toute lésion antérieure à la maladie, ou créée de toutes pièces au cours de celle-ci. On voit ainsi s'infecter par le bacille d'Eberth ou le pneumocoque d'anciens ganglions tuberculeux, une hématocèle, un kyste de l'ovaire ou le simple point où l'on a pratiqué une piqûre. N'est-ce pas là le principe même sur lequel repose la méthode thérapeutique de l'abcès de fixation ?

Crépin, en 1893, invoquait l'action des irritations créant

chez cet infecté général qu'est le syphilitique un *locus minoris resistenciæ*, qui sert de point d'appel aux syphilides. Le frottement d'abord localise aussi bien papules, condylomes, plaques muqueuses, que les lésions de la variole par exemple : frottement de vêtements trop serrés, corsets, ceintures, jarretières, casquettes, souliers, frottements professionnels, et il faut citer ici les lésions syphilitiques palmaires des télégraphistes utilisant le Morse, celle du dos des charbonniers et des maçons, les syphilides érosives interdigitales chez les marcheurs, et nous citerons le cas d'un tirailleur sénégalais à qui ses fonctions de planton imposaient des marches assez considérables, cas que nous avons observé au cours de notre séjour dans les camps du Sud-Est il y a un an. Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée s'est révélée fortement positive, et le traitement spécifique, aussitôt institué, a cicatrisé ses lésions érosives interdigitales des pieds en l'espace de quelques jours.

a) Syphilides cutanées secondaires.

D'assez nombreux cas en sont apportés par la littérature. Thibierge les nie tous systématiquement et les prend pour des erreurs de diagnostic. Il est cependant des cas démonstratifs :

— syphilides ulcéreuses de Cazenave sur l'emplacement d'un vésicatoire;
— syphilides tuberculeuses de Barthélemy sur l'emplacement d'une brûlure;
— syphilides papuleuses de Milian sur la place des ventouses.

Thibierge met en garde contre les simulations; surtout en temps de guerre. Barthélemy, en 1932, cite le cas d'une syphilis secondaire en activité depuis cinq mois ayant donné lieu à des poussées cutanéo-muqueuses et restée totalement méconnue. L'aspect lichénoïde plaide en faveur de la virulence.

Des ventouses ayant été appliquées, une nappe pseudo-lupique circulairement circonscrite, dans l'aire de chaque ventouse, et constituée par une confluence d'éléments s'est formée. Le petit traumatisme de la ventouse a fait point d'appel.

Irritations, micro-traumatismes répétés, ce n'est pas ce que nous voulons envisager dans ce travail; les cas que nous citons sont des cas de traumatisme unique ou répété, mais de traumatismes au sens chirurgical du mot et au sens que la jurisprudence, dans l'application de la loi de 1898 sur les accidents du travail, a donné à ce mot, c'est-à-dire un événement soudain et violent supposant l'action d'une force extérieure. Le traumatisme localisateur peut porter sur les divers organes et tissus et y faire apparaître chaque fois des lésions propres à ces tissus ou organes. La syphilis, maladie généralisée à tout l'organisme, produit des manifestations pathologiques d'une infinie variété de par leur localisation comme de par leur aspect.

— Tous les organes peuvent être intéressés, mais nous n'envisagerons ici que les syphilides post-traumatiques cutanées, dont nous allons exposer 5 cas; nous verrons ensuite les expériences de médecine expérimentale et les théories pathogéniques expliquant le mode d'action du traumatisme révélateur.

Nous étudierons dans un dernier chapitre la situation des travailleurs ainsi blessés vis-à-vis des lois sur les accidents du travail.

b) Syphilides post-traumatiques cutanées tertiaires.

La période tertiaire est celle où se manifestent le plus fréquemment les phénomènes de syphilis post-traumatique. Il s'agit de sujets chez lesquels la maladie syphilitique est restée à l'état de latence, soit qu'elle ait été insuffisamment traitée. Dans cette lutte qu'est l'invasion de l'organisme par une infection, il se produit une sorte d'équilibre des forces en présence, équilibre fragile qui se manifeste par l'état de

latence, c'est-à-dire l'absence de manifestations morbides de la maladie; cet équilibre peut être rompu par diverses actions, un traumatisme par exemple, et alors vont se déclencher des phénomènes pathologiques propres à l'affection et propres aux divers tissus sur lesquels peut porter l'infection tréponémique. Tous les tissus, tous les organes, peuvent être atteints par le traumatisme, et il existe d'assez nombreuses publications de syphilis post-traumatiques cutanées, osseuses, musculaires, viscérales et vasculaires, oculaires et nerveuses.

Nous allons nous attacher à démontrer l'existence des syphylis cutanées succédant à des traumatismes.

Nous en apportons ici 5 cas.

La plupart du temps, la maladie syphilitique est antérieure au traumatisme, et c'est le cas des observations que nous allons envisager. Cependant, la contamination syphilitique peut être postérieure au traumatisme. Les points anciennement contusionnés servent alors de points d'appel pour le tréponème, et on se trouvera en présence de gommes développées sur des cicatrices, d'arthrites spécifiques survenant sur un genou traumatisé, de ramollissements et de retards de consolidation des cals de fractures, de fragilité des tissus osseux de réparation.

Des 5 cas de syphilis post-traumatique que nous apportons ici, le premier est un cas de syphilides strictement cutanées; dans les autres vient se mêler un élément osseux :

Ceci vient en appui aux idées de Thibierge et de Clément Simon, pour qui l'ulcération a toujours un point de départ osseux ou musculaire. G. Eliet, au contraire, admettait les gommes sans lésions osseuses concomitantes. Ces auteurs, ainsi que Barthélemy, Gougerot, pendant la guerre, ont publié de nombreuses observations.

IV

OBSERVATIONS

Observation I.

(MM. P. Joulia, Le Coulant, Fallot et L'Epée, Soc. anatomo-clin., séance du 11 juin 1945.)

Un cas de syphilis tertiaire traumatique probable. Boutons d'huile.

F..., 34 ans. Examiné à l'occasion de la visite médicale des travailleurs et déportés rapatriés d'Allemagne, présente au niveau de la région lombaire des lésions de l'étendue de la main constituées au centre par des macules pigmentaires et quelques cicatrices, et à la périphérie par une couronne de papules fermées, de coloration cuivrée, dont certaines sont squameuses et disposées suivant plusieurs cercles. L'examen des différents appareils est négatif. La réaction de Meinicke est positive.

Il s'agit de syphilides tertiaires tuberculeuses et tuberculo-squameuses. Ces lésions cutanées datent d'un an environ. A ce moment, déporté politique au camp de Mathausen, il reçoit sur la région lombaire plusieurs coups de bâton laissant des marques sous forme d'érosions et d'ecchymoses qui mettent environ quinze jours à disparaître. C'est un mois après ces coups, et à leur emplacement même, que les lésions actuelles ont commencé. Il semble donc qu'on puisse parler de syphilis traumatique. Le traumatisme a réveillé et localisé une syphilis latente et jusque-là ignorée datant d'au moins sept ans, car notre malade a une fillette de 7 ans qui présente des signes d'hérédo-spécificité (dents d'Hutchinson, axiphoïdie, soudure du lobule de l'oreille). A signaler qu'il présente une syphilide arciforme de la verge, apparue depuis quelques mois.

et que sa femme présente des réactions sérologiques positives dans le sang, sans signes cliniques appréciables de spécificité. Notons enfin que par contact professionnel avec des huiles de graissage usées, il a des boutons d'huile sur les avant-bras, le bas-ventre, les cuisses et les jambes, sous une forme de folliculites.

Après 6 injections de cyanure de mercure, les lésions de syphilis tertiaire commencent à s'effacer.

Ici, la syphilis réveillée par les traumatismes s'est manifestée sous la forme de lésions purement dermo-hypodermiques, à savoir des syphilides tertiaires tuberculo-squameuses.

Donc, aspect clinique de syphilis cutanée tertiaire.

A cela s'ajoutent des réactions sérologiques positives. Ces lésions sont survenues exactement aux points traumatisés, un mois après une bastonnade, qui est un traumatisme manifeste. Le traitement spécifique fait disparaître en quelques jours ces lésions, qui persistaient depuis un an.

Les lésions sont apparues un mois après le traumatisme et à leur emplacement précis chez un homme qui ne se savait pas atteint de syphilis, bien qu'on ait des preuves de sa maladie par les tares que présente sa fillette.

Cela nous semble un cas vraiment démonstratif de l'effet du traumatisme.

Observation II.

S..., 34 ans.

Nous avons observé ce malade au Dispensaire antivénérien, grâce à l'amabilité de M. le Docteur David-Chaussé, le 24 novembre 1945, et avons pris son observation.

Antécédents. — A 14 ans, le malade fait un accident primaire syphilitique; un prélèvement est pratiqué sur son chancre, et l'examen à l'ultra-microscope révèle la présence de tréponèmes. Il reçoit deux séries arsenic-bismuth, traitement manifestement insuffisant. Les réactions sérologiques sont toujours demeurées négatives et aucune manifestation pathologique n'est apparue pendant cette

période de vingt ans. Il y a quatre mois, un B.-W., pratiqué par acquit de conscience, était négatif.

Antécédents familiaux. — Rien à signaler. Le malade est célibataire.

Histoire de la maladie. — En septembre 1945, notre malade est victime d'un accident au cours de son travail à l'aérodrome de Mérignac : un morceau de ciment violemment projeté, alors qu'il concassait des blocs, le blesse à la jambe gauche.

Une croûte purulente se forme, puis s'étend par la périphérie et en profondeur malgré un traitement local antiseptique. Cette lésion a pris alors l'aspect actuel scléro-gommeux circiné.

Examen du 24 novembre 1945. — Lésions en voie de guérison (le malade a déjà reçu 3 injections de bivatol depuis que le diagnostic a été porté le 17 novembre et bien que son B.-W. à cette date fût négatif). La lésion occupe la face antérieure de la jambe gauche sur une hauteur de 7 centimètres et une largeur d'environ 5 centimètres.

On voit encore la cicatrice de trois ulcérations, dont l'une au niveau de la blessure initiale. L'aspect général est violacé et les bords de la lésion sont nettement différenciés.

Examen général. — Réflexes normaux; réflexes pupillaires normaux; appareil circulatoire normal; cicatrice du chancre au niveau du frein.

Nous revoyons S... le 8 décembre 1945, alors qu'il a reçu 7 injections de bivatol. La lésion apparaît comme une vaste cicatrice occupant la face antérieure du tiers inférieur de la jambe gauche, sa face interne, la crête tibiale, et descendant vers la malléole externe. La coloration de la cicatrice est uniformément brunâtre, sauf en son centre, qui représente la cicatrice de l'ulcération sur une surface atteignant celle d'une pièce de 5 francs; cette zone est rosée, légèrement squameuse, à bords circinés, tranchant sur la zone brune périphérique. A la partie inférieure de la face interne de la jambe, cicatrice rosée présentant les mêmes caractères et survenant sur l'emplacement d'un traumatisme subi deux jours après le premier (excoriation de la peau par un morceau de bois).

Nous nous trouvons en présence d'une plaie traumatique, qui s'est ultérieurement transformée en syphilide tertiaire sclérogommeuse circinée.

Il s'agit ici d'un syphilitique ancien insuffisamment traité, mais dont l'affection est restée pendant vingt ans en état de latence et dont les réactions sérologiques sont toujours demeurées négatives.

Le traitement spécifique institué dès qu'on eut fait le diagnostif clinique a cicatrisé en quelques injections des lésions qui résistaient depuis trois mois à un traitement antiseptique local.

Les lésions ulcéreuses sont nettement localisées au point lésé et les syphilides se sont étendues à la périphérie. Un deuxième traumatisme a lui aussi localisé une lésion syphilitique tertiaire en son point d'application. Ce fait nous semble appuyer la théorie de R. Bernard, pour qui le traumatisme ne localise les lésions spécifiques que lorsqu'il porte sur un organisme où la sensibilisation l'emporte sur l'immunité.

Ce serait ici le cas puisqu'un deuxième traumatisme portant sur un autre point a provoqué les mêmes manifestations que le premier.

Observation III.

Mme C... (Hélène), 57 ans, journalière. Entre à l'hôpital pour des lésions de la partie droite du front. Il s'agit d'un placard rouge violacé de la taille d'une petite paume de main à contours assez nets légèrement polycycliques. Ce placard donne une impression de relief infiltré, surtout en bordure où existe un bourrelet présentant une ligne de lésions ulcérées croûteuses. Le centre est vaguement cicatriciel, infiltré, non ulcéré. Cette lésion a donc une allure extensive. La région orbitaire droite présente un œdème mou et rosé des paupières. Dans la région de l'angle interne de l'œil existe un nodule de la grosseur d'un gros pois dans le tissu cellulaire sous-

cutané, nodule qui n adhère ni en profondeur ni en superficie. Au cuir chevelu, dans la région temporo-pariétale correspondante, il existe des lésions du type périostique, deux bosselures dures faisant corps avec les os du crâne et sur lesquelles le cuir chevelu est mobile. La palpation est douloureuse.

Histoire de la maladie. — *Premier accident* le 21 avril 1945. Contusion de la région frontale consécutive à la chute d'une tôle avec plaie et inflammation périphérique. Reprise du travail le 28 mai 1945. Persistance de la douleur et de la rougeur.

Deuxième accident le 1er juillet 1945. Choc par une bouteille dans la verrerie où elle travaille. Le 1er octobre, son médecin observe un placard infiltré.

Antécédents. — Un enfant mort en bas âge. Mari décédé de mort subite à 64 ans. Neuf frères et sœurs, dont deux sont morts en bas âge. Une fausse couche.

Le 2 novembre 1945, B.-W. + + + + dans le sang. Soignée au sirop de Gibert et au bivatol.

Ici, le traumatisme a porté sur une région où le plan osseux est proche de la surface cutanée.

La contusion ne s'est pas atténuée et un deuxième traumatisme a aggravé cet état, provoquant l'apparition d'un placard infiltré.

La syphilis était totalement ignorée.

Les réactions sérologiques sont très fortement positives.

La lésion n'est pas localisée seulement au point où a été porté le traumatisme, puisque la malade présente à l'angle interne de l'œil droit une grosseur qui ressemble à une gomme sous-cutanée en évolution. De plus, il y a participation osseuse sous la forme de périostite de la région fronto-pariétale. Ceci est en faveur de la théorie de Cl. Simon et de Thibierge, selon qui les tréponèmes libérés au niveau du tissu osseux par action du traumatisme viendraient secondairement atteindre les plans superficiels.

La localisation spécifique ne s'est faite qu'après un certain

temps, puisqu'il s'est écoulé trois mois entre le premier et le deuxième traumatisme, et deux mois et demi entre celui-ci et la date où a été porté le diagnostic de syphilide cutanée tertiaire.

OBSERVATION IV.

Mme M... (Louis), 64 ans, journalière.

Diagnostic : Syphilis tertiaire traumatique.

Nous voyons cette malade le 4 janvier 1946, à la consultation de dermatosyphiligraphie, et prenons son observation :

Examen. — 1° Placard de la région médio-frontale de 5 centimètres de haut, allant de la racine du nez à la racine des cheveux, le cuir chevelu étant pris sur un demi-centimètre. La région est rouge violacée, et infiltrée en particulier en bordure; quelques squames légères. Il existe trois ulcérations, dont deux recouvertes de croûtes. Le maximum des lésions est en bordure, le centre serait plutôt cicatriciel.

2° La racine du nez présente une augmentation de volume du côté de l'angle interne de l'œil droit; la peau y est rosée, et dans la profondeur on perçoit une tuméfaction dure vraisemblablement osseuse. La palpation est douloureuse.

Histoire de la maladie. — Début il y a trois mois au centre des lésions actuelles. Un mois auparavant, elle s'était heurtée assez violemment le front en se baissant au cours de son travail (ménagère, donc accident du travail).

Augmentation progressive jusqu'à l'état actuel.

Antécédents personnels. — Quatre enfants, dont un mort à 9 mois de méningite. Pas de fausses couches.

Hospitalisée le 28 décembre 1944 dans le service de chirurgie de M. le Professeur Jeanneney, pour suppuration au niveau des orteils gauches. Trois mois avant, elle a présenté une ulcération du gros orteil gauche qui a dégénéré en un œdème avec coloration violacée de la jambe gauche, absolument indolore. Une collection purulente s'est alors constituée sur la face antérieure du cou-de-pied :

on l'incise, et la suppuration dure pendant deux mois. Fin décembre, une collection suppurée superficielle se forme au niveau des deux premiers orteils du pied gauche.

Examen du 28 décembre 1944. — Jambe gauche très œdématiée du genou aux orteils, peau tendue mince et transparente, sa coloration générale est rose. De loin en loin, des bourrelets dermiques durs et indolores de coloration jaunâtre. Au niveau de la face antérieure du cou-de-pied, une cicatrice croûteleuse de 7 à 10 centimètres de long. Au niveau des deux premiers orteils, on devine des collections purulentes superficielles ramifiées. Sur le gros orteil existe une suppuration. Quelques ganglions dans l'aine gauche.

Intervention pour hernie inguinale gauche le 23 janvier 1945.

Le 28 janvier 1945, les suites sont excellentes.

Le 9 février 1945, la malade sort guérie de sa hernie, mais sa jambe gauche est toujours œdématiée.

On n'a pas fait de B.-W. à cette époque.

Les courbes de température montrent une évolution non fébrile pendant son séjour à l'hôpital, à part un clocher correspondant à l'intervention.

Examen du 4 janvier 1946. — Réflexes normaux; réflexes pupillaires normaux.

Rien à signaler au point de vue cardio-vasculaire.

Le 4 janvier 1946, B.-W. + + + +.

Deuxième cas absolument superposable au cas III. Traumatisme du front entraînant, deux mois après, l'apparition de syphilides tertiaires ulcéreuses et squameuses, chez une femme qui ne se savait pas atteinte de syphilis.

Même localisation frontale du traumatisme et des lésions qui lui ont succédé. Même aspect morphologique des lésions.

Présence d'une tuméfaction osseuse de la racine du nez, à l'angle interne de l'œil droit.

Les réactions sérologiques sont fortement positives.

Dans les antécédents, on relève, il y a un an, un œdème de la jambe et du pied gauche avec indolence, suppuration

traînante de l'incision pratiquée et absence de fièvre; bref, aspect d'une suppuration froide évoquant l'idée d'une suppuration spécifique.

L'intervention pour hernie, pratiquée, n'a pas été suivie de localisation syphilitique sur la cicatrice; tous les traumatismes et blessures ne dégénèrent donc pas forcément en accidents spécifiques, chez une syphilitique qui présentera pourtant par la suite des manifestations de syphilis traumatique tertiaire.

Ceci vient encore prouver la vanité des craintes de complications syphilitiques qu'invoquaient Verneuil, Petit, pour s'abstenir d'opérer les syphilitiques. Contre ces craintes s'éleva alors la voix de Ricord : « On peut opérer, et nous opérons tous les jours des individus affectés de divers symptômes de la syphilis, et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires. »

Les guerres ont prouvé, avec leur immense champ d'expériences, la rareté de la transformation syphilitique des plaies survenues chez des spécifiques connus ou ignorés.

Observation V.

(Docteur P. Le Coulant.)

G... (Robert), 37 ans. Se présente à notre consultation du 6 janvier 1946, pour des plaies de la région poplitée consécutives, dit-il, à un accident du travail.

Il raconte que, le 14 décembre 1945, il fit une chute dans les escaliers, chute qui occasionne un gonflement douloureux du genou gauche, et dans les jours suivants un œdème dur et massif de toute la jambe. Puis, au voisinage de l'angle inférieur du losange poplité, apparaît une tuméfaction dure, violacée, qui bientôt s'ulcère, pour donner naissance à la vaste perte de substance, pour laquelle le malade nous est adressé par son médecin traitant.

Le 6 janvier 1946, c'est-à-dire un mois après l'accident, on constate que la presque totalité de la jambe gauche est tuméfiée; son volume est double de celui de la jambe opposée.

Elle est le siège d'un œdème dur, ligneux, violacé, surtout au niveau de la partie supérieure du mollet et de la partie inférieure du losange poplité. Au centre de cet œdème, deux ulcérations à l'emporte-pièce coalescentes, de la dimension d'une paume de main d'enfant, à bords décollés durs et infiltrés, à fond chair de morue, grisâtre, d'aspect nécrotique, d'odeur sphacélique. A la partie supérieure du losange poplité, une fistulette à bords couleur vieux cuivre laisse écouler un iquor gommeux.

Douleurs nocturnes intolérables.

Devant l'aspect des lésions, on ne peut que faire le diagnostic de syphilis gommeuse ulcérée.

Le blessé, qui est marié, n'a pas d'enfant; sa femme n'a pas fait de fausse couche, et il prétend n'avoir jamais présenté d'accidents syphilitiques.

Les réactions de Hecht, Sabrazès, Meinicke, sont positives.

Revu huit jours après, alors qu'il a pris deux cuillerées à soupe par jour de sirop de Gibert, il signale la disparition des douleurs nocturnes et fait constater l'amélioration des lésions.

On conseille au malade un traitement bismuthique longtemps prolongé.

Chez M. G... il n'y a pas eu blessure ou traumatisme localisé avec apparition de syphilides *in situ* par la suite, mais il y a eu un traumatisme du membre inférieur, et plus particulièrement de la région du genou.

Un œdème généralisé du membre inférieur en est résulté, l'ulcération gommeuse a fini par se faire jour dans la région poplitée, donc en un point sur lequel le trauma n'a pas porté directement au cours de la chute.

L'aspect clinique est celui d'une gomme syphilitique ulcérée et le début du traitement a apporté une amélioration déjà notable. Les réactions sérologiques positives ont confirmé ce diagnostic de syphilis tertiaire chez un homme qui ignorait tout de sa maladie.

On voit donc que le traumatisme peut localiser une ulcération syphilitique en un point assez éloigné de l'endroit pré-

cis où il a porté. Donc, dans ce cas V, les lésions syphilitiques post-traumatiques ne sont pas strictement localisées.

Ces cinq exemples, venant s'ajouter à de nombreux cas analogues publiés par divers auteurs, nous semblent pleinement démontrer l'effet des traumatismes sur l'apparition de syphilides tertiaires.

Thibierge, lui, n'admet pas la transformation des blessures en lésions spécifiques, ni la lenteur de cicatrisation due à la syphilis.

M. le Professeur Dervillée classe les influences de la syphilis sur le traumatisme comme suit :

1° Cas où la plaie se transforme en syphilides;
2° Cas où la plaie s'ulcère sans guérir;
3° Cas où la plaie ne s'ulcère pas, mais devient torpide;
4° Cas où la plaie se cicatrise, mais se transforme par la suite.

Clément Simon, examinant tous les cas de syphilis tertiaire traumatique cités dans la littérature, est arrivé à cette conclusion : « Traumatisme unique et violent intéressant souvent les os, développant *in situ* des syphilides cutanées du type tertiaire, plus souvent ulcéro-gommeuses que tuberculeuses avec ou sans lésions osseuses syphilitiques. »

Voyons dans quelle mesure les cinq cas que nous exposons correspondent à cette description : seul notre malade I présente des aspects différents. Ses lésions ont, en effet, un aspect tuberculeux, il ne semble pas qu'il y ait de lésions osseuses. Mais les quatre autres cas corroborent exactement cette affirmation de C. Simon, basée sur l'examen de nombreux cas.

V

DIAGNOSTIC

I. — Diagnostic positif.

a) *Diagnostic de syphilis primaire traumatique.* — Il se fera d'après l'allure clinique de la lésion (chancre-panaris), la cicatrisation traînante; le prélèvement et l'examen à l'ultramicroscope mettront en évidence la présence de tréponèmes. Dans d'autres cas, ce sont les réactions sérologiques positives qui entraîneront la certitude; on entreprendra, dès lors, un traitement d'attaque.

b) *Diagnostic de syphilis tertiaire traumatique.* — Il sera fait :

1° *D'après l'aspect des lésions* : Tracé curviligne, bords polycycliques adhérents, taillés à pic; aspect bourbillonneux du fond. L'aspect clinique des lésions présentées par nos 5 malades était typiquement celui de syphilides tertiaires, et c'est lui qui a mis sur la voie de l'étiologie syphilitique chez des gens dont 4 étaient des syphilitiques ignorés et 1 un spécifique insuffisamment traité.

2° *D'après les antécédents personnels ou familiaux du malade* : Bien qu'il s'agisse très souvent de syphilis méconnues.

3° *D'après les réactions sérologiques* : Il ne faut pas oublier que ces réactions sont bien souvent négatives dans les syphilis tardives (cas II). Il ne faut donc pas se fier à leur négativité et ne leur donner qu'une valeur de confirmation lorsqu'elles sont positives. Gougerot et Clara insistent sur le fait

qu'on ne doit jamais abandonner le soupçon de syphilis post-traumatique sur des réactions négatives, pas plus que sur les dénégations du malade. Lorsqu'elles sont négatives, on essaiera de les réactiver.

4° *D'après le traitement spécifique* : Rapidement efficace dans tous les cas que nous citons, il a confirmé chez notre malade II le diagnostic clinique de syphilis traumatique, alors que les réactions sérologiques restaient négatives.

II. — Diagnostic différentiel.

a) *Pour la syphilis primaire.* — Diagnostic de chancre syphilitique. Diagnostic du chancre-panaris de Taylor avec la simple tourniole.

b) *Diagnostic différentiel de syphilis tertiaire.* — Il semble difficile de se tromper, du moins pour les lésions cutanées que nous avons examinées et dont l'aspect clinique est typique.

Cependant, la confusion est possible :

— *Avec des tuberculoses cutanées*, mais alors on a d'autres signes de tuberculose; la cuti-réaction est fortement positive.

— *Des mycoses* : Mais un prélèvement mettra en évidence le mycélium de l'agent causal, et le traitement local par l'iode ou la chrysarobine s'avérera efficace.

— *Des ulcérations strepto-staphylo-cocciques post-traumatiques*, pyodermites qui s'étendent et donnent un ulcère; extension irrégulière ou bien ovalaire, curviligne ou polycyclique. Les bords sont rouges ou torpides, curvilignes ou déchiquetés, et leur fond sagneux ou blanchâtre, plat ou bourgeonnant, suppurant ou pas.

Cependant, l'absence d'antécédents, des séro-réactions négatives, l'inefficacité du traitement d'épreuve spécifique, prouvent qu'il ne s'agit pas de lésions syphilitiques.

— *Des ulcérations simulées* produites au moyen de caustiques; elles sont d'une infinie variété morphologique et il est facile de s'y méprendre d'après Gougerot et Clara qui les étudièrent chez des militaires pendant la première guerre mondiale. Mais l'échec du traitement d'épreuve, la guérison spontanée sous un plâtre, ont prouvé la simulation grâce à une surveillance serrée.

Une fois établi le diagnostic positif de syphilis cutanée tertiaire et assuré le diagnostic différentiel avec diverses autres affections cutanées, voyons dans quelles conditions le traumatisme peut être tenu pour responsable des lésions :

a) Il faut d'abord bien établir l'accident; Desclaux, chez un de ses malades atteint de gomme du genou, nie l'effet et même l'existence de l'accident;

b) Il faut que cet accident soit d'intensité suffisante;

c) Il faut une coïncidence de siège entre le traumatisme et les lésions. Ceci s'est vérifié chez 4 de nos malades.

Mais, chez le malade V, nous avons vu l'ulcération gommeuse se localiser en un point sur lequel ne portent pas normalement les traumatismes au cours d'une chute sur le genou, à savoir le creux poplité.

d) Il faut que les syphilides apparaissent un certain temps après le traumatisme (12 jours pour Eliet, 30 jours pour Sund, quelques semaines à 3 mois pour Thibierge).

Ç'a été le cas chez tous nos malades; en fait, il semble bien difficile de fixer un délai pour l'apparition de syphilides tertiaires.

VI

PATHOGENIE

Trois théories tentent d'expliquer la localisation de syphilides par le traumatisme.

Théorie de Milian. — Il y aurait arrêt et pullulation de spirochètes du sang par gêne de la circulation capillaire.

Théorie de Cl. Simon. — Il y aurait reprise de la vitalité d'un foyer de tréponèmes saprophytes latents sous l'effet du traumatisme. C'est de la moelle osseuse que viendraient les tréponèmes, et Cl. Simon invoque la fréquence de l'atteinte de l'os sous-jacent à la lésion cutanée. Nos 2 cas de syphilides traumatiques du front avec lésions osseuses de voisinage nous semblent fort bien illustrer cette théorie.

Thibierge admet lui aussi que le traumatisme libère les tréponèmes en sommeil dans la partie lésée, créant en quelque sorte une superinfection endogène.

La théorie de Cl. Simon explique la rareté relative des syphilis tertiaires traumatiques et l'éclosion des accidents en un seul point, malgré les traumatismes multiples portés en d'autres régions. Dans le cas de traumatismes antérieurs à la localisation, son explication est celle du *locus minoris resistenciæ*.

Higoumenakis invoque récemment l'action de tréponèmes restés à l'état latent dans des régions ayant présenté des lésions secondaires.

Théorie de Pasini. — L'absence d'immunité des nouveaux tissus formés au point traumatisé vis-à-vis du tréponème explique la localisation en ce *locus minoris resistenciæ*, devenu un terrain favorable à la pullulation des tréponèmes.

Pour R. Bernard, le problème dépasse le stade local, et cet auteur invoque le jeu de la sensibilisation, de l'immunisation à l'échelle de l'organisme comme facteur d'apparition et de type clinique de la lésion. Dans la plupart des syphilis traumatiques, il y a une recrudescence de virulence tréponémique (Klauder cite deux cas où le Bordet-Wassermann s'est positivé après traumatisme); R. Bernard invoque des courbes selon lesquelles, aux différents stades de la maladie syphilitique, immunité et sensibilisation ont alternativement la suprématie.

En somme, pour lui, lorsqu'un traumatisme libère un foyer de tréponèmes latents ou torpides, il n'y aura lésion syphilitique que si la sensibilisation l'emporte sur l'immunisation.

La localisation pourra alors, comme le dit Milian, être due au blocage du tréponème par arrêt de la circulation capillaire au niveau de la zone traumatisée, ou être favorisée, comme le dit Pasini, par des modifications biologiques des tissus de néoformation.

Ceci explique :

a) Pourquoi tous les traumatismes chez les syphilitiques ne localisent pas de lésions spécifiques;

b) Comment ces lésions peuvent apparaître longtemps après le traumatisme, par modification d'un des facteurs, à savoir par l'inversion qui donne à la sensibilisation la prépondérance sur l'immunité;

c) Les localisations à distance;

d) La rareté des syphilis traumatiques par la nécessité de ce concours de circonstances;

e) Pourquoi les syphilo-traumatismes sont du type clinique de la phase de la syphilis au cours de laquelle ils apparaissent (sensibilisation).

Voyons quels éléments sont apportés à cette théorie par nos 5 observations :

Dans le cas II, il avait été fait un Bordet-Wassermann qua-

tre mois avant; les syphilides traumatiques sont apparus sans que ce B.-W. se soit jamais positivé. Cela ne vient guère appuyer la théorie de Bernard. Les 4 autres cas sont des syphilis ignorées, dont nous n'avions pas de Bordet-Wassermann auparavant, mais les réactions se sont révélées très fortement positives après le traumatisme. Ces syphilis latentes sont assez fréquentes (10 p. 100 de syphilis sans chancres), soit que le chancre ait été méconnu, soit qu'il n'y en ait pas eu (10 p. 100 des lapins inoculés font des syphilis sans chancres). Ce fait, expérimentalement, confirme la théorie des maladies inapparentes de Nicolle.

VII

LES EXPERIENCES DE SYPHILIS EXPERIMENTALES TRAUMATIQUES

Greenbaum et Madden, reprenant les expériences de Tarnowsky, ont parfois obtenu, au moyen d'applications de neige carbonique chez des syphilitiques, des accidents syphiloïdes; jamais ils n'ont pu mettre en évidence le tréponème, soit directement, soit par inoculation aux lapins.

Les expériences sur les lapins sont plus démonstratives. Kujoshi Yokota a constaté que les traumatismes exercent une influence marquée sur les lapins syphilisés. Après une injection intraveineuse de spirochètes, le lapin offre des manifestations exanthématiques très semblables à celles de l'homme, et les testicules sont souvent frappés : on contusionne le testicule gauche de 5 lapins ainsi infectés; les testicules gauches furent tous atteints plus tôt et plus fortement que les droits d'infiltration scrotale et d'orchite; 2 des lapins seulement eurent une orchite droite.

Bessemans et Conneyt firent 78 blessures des yeux chez des lapins syphilisés : 3 seulement furent suivies de métastases syphilitiques.

Des expériences plus récentes de Ono Ishida (1936) sont beaucoup plus démonstratives. Ils firent chez 4 lapins trois excisions de la région dorso-lombaire, à une semaine d'intervalle.

Après la dernière excision, on fit aux animaux une injec-

tion intraveineuse de 5 cm³ d'une émulsion de spirochète, et l'on vit apparaître des papules au niveau des cicatrices, ainsi d'ailleurs que des lésions de généralisation chez 3 animaux sur 4. Les papules étaient plus volumineuses sur la cicatrice de la plaie la plus récente que sur les cicatrices plus anciennes.

Les plaies ont joué le rôle d'un *locus minoris resistenciæ*, et il est certain que le genre de traumatismes, l'âge de la cicatrice et de la syphilis, jouent un rôle important dans l'apparition des lésions syphilitiques.

VIII

LES ASPECTS MEDICO-LEGAUX DES SYPHILIS TRAUMATIQUES TERTIAIRES

Tandis que le droit commun fait une « ventilation » entre l'état antérieur et l'accident pour attribuer la part qui revient à chacun de ces éléments en matière d'indemnisation, la législation du travail, législation forfaitaire, ne tient aucun compte de l'état antérieur.

Les syphilis traumatiques les plus fréquentes, cutanées et osseuses, ne sont pas très graves du point de vue clinique, thérapeutique et pronostique et ne soulèvent pas de point délicat.

Deux de nos accidentés, les malades III et IV, n'ont même pas interrompu leur travail; quant au malade II, il a eu droit au demi-salaire et aux soins gratuits, jusqu'à la date de la consolidation, c'est-à-dire jusqu'à la date de la cicatrisation complète de sa gomme.

Mais, prenons le cas de notre malade V, dont les lésions sont plus importantes, et supposons que ces lésions lui laissent des séquelles fonctionnelles entraînant de l'impotence (cicatrices adhérentes dans la région poplitée, atrophie musculaire diminuant la valeur fonctionnelle de l'articulation du genou).

Après la date de la consolidation, l'indemnité pour l'incapacité permanente portera dans ce cas sur cette impotence, aucun compte n'étant tenu de la maladie syphilitique antérieure.

La rente doit être proportionnelle aux lésions anatomiques et fonctionnelles consécutives à la gomme, et doit envisager la possibilité d'une récidive de la gomme ainsi que le temps perdu par l'ouvrier pour subir le traitement antisyphilitique.

L'expert devra donc :

1° Etablir que les lésions sont provoquées par le traumatisme;

2° Fixer la date de la consolidation, variable avec chaque cas;

3° Dire s'il doit être attribué une rente, et, dans ce cas, mesurer l'importance des effets du traumatisme.

Dans des cas analogues à celui de notre malade I pourrait se poser la question de l'introduction en justice d'une action en dommages-intérêts contre un tiers responsable du traumatisme.

Nous tombons ici dans le domaine du droit commun, et il faudra tenir compte de l'état antérieur. Il s'agira d'attribuer à l'état antérieur et à l'accident la part respective qu'ont eu chacun de ces éléments dans l'apparition des lésions incriminées, afin d'attribuer une juste indemnisation en rapport avec la responsabilité de l'auteur du traumatisme.

Lorsque la syphilis est postérieure à l'accident, c'est-à-dire lorsque les syphilides se sont localisées au niveau de la cicatrice, l'ouvrier doit-il être indemnisé ?

Au point de vue strictement médical, on peut penser que si la blessure est complètement guérie, l'aggravation de l'état du blessé ne peut en aucune façon engendrer la responsabilité du patron. Cette aggravation serait due à une absence de précautions hygiéniques assimilable à l'aggravation par manque de soins. Cette solution peut sembler un peu sévère, car il est bien difficile de prendre des précautions hygiéniques susceptibles de mettre à l'abri de toute contamination vénérienne. N'est-ce pas là un reste de ce vieux préjugé qui fai-

sait de la syphilis une maladie honteuse ou du moins une maladie soi-disant volontaire ?

Il pourrait sembler légitime d'indemniser l'aggravation de la lésion traumatique, car la syphilis ne se serait tout de même jamais manifestée sur celle-ci si ce traumatisme préalable n'avait pas existé.

D'ailleurs, certains tribunaux ont tendance, en matière d'accidents du travail, à incriminer l'influence du traumatisme lorsque la syphilis subséquente, aggravant ce dernier, survient dans les délais légaux de révision.

CONCLUSIONS

I. — Du point de vue clinique.

Sans être fréquente, la syphilis traumatique existe, les observations rapportées ci-contre, s'ajoutant à d'assez nombreux cas déjà publiés, nous semblent démonstratives.

Il conviendra de savoir les dépister.

a) *A la période primaire.* — En dehors du chancre professionnel (chancre des souffleurs de verre, des médecins, infirmières et sages-femmes), il faut envisager la blessure accidentelle infectée secondairement par le tréponème : nous en citerons deux observations.

b) *A la période secondaire.* — Il s'agit surtout d'accidents cutanés et osseux déclenchés par le traumatisme.

c) *A la période tertiaire.* — Le diagnostic est d'importance, car il permet d'appliquer une thérapeutique active qui guérit rapidement des plaies demeurées traînantes. Il faudra toujours penser à la syphilis en présence d'une plaie accidentelle qui tarde à guérir ou qui prend l'allure clinique d'une lésion spécifique.

On devra alors faire une réaction de Bordet-Wassermann, si elle est négative comme chez notre malade de l'observation II, et même s'il n'y a pas d'antécédents spécifiques évidents, il faudra instituer un traitement d'épreuve par le sirop de Gibert. On verra alors rapidement régresser ces ulcérations interminables.

II. — Du point de vue médico-légal.

a) *Pour la syphilis primaire.* — Le demi-salaire et les frais médicaux seront payés jusqu'à la consolidation, dont la date

est difficile à fixer (fin de la période contagieuse pendant laquelle est suivi le traitement dit de blanchiment, d'après le guide-barème indicatif de 1939 sur les accidents du travail).

D'autre part, le taux d'I. P. P. est aussi difficile à fixer, vu l'incertitude où l'on se trouve de l'évolution future plus ou moins grave de la syphilis; il faut pourtant fixer ce taux, puisque la révision, d'après la loi, n'est possible que dans les trois ans. Ce taux varie de 10 à 30 p. 100, d'après le guide-barème de 1939.

b) *Pour la syphilis tertiaire.* — La loi de 1898 sur les accidents du travail ne tient aucun compte de l'état antérieur : l'ouvrier blessé aura donc droit aux frais gratuits et recevra une indemnité proportionnelle à l'I. P. P. déterminée par son accident, sans qu'il soit tenu compte du rôle joué par la maladie syphilitique antérieure dans l'apparition de cette incapacité.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
JOULIA.

VU : *Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 26 février 1946.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Antonelli. — Syphilis et traumatismes oculaires. Communication au Congrès de la Soc. franç. d'ophtalmol. Paris, mai 1910. Reproduit in *Médecine des accidents du travail*, t. IX, n° 1, janv. 1911, et n° 2, févr. 1911.

Bargues. — Diathèse syphilitique et traumatisme. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1935.

Barthélemy (A.). — Petits traumatismes et localisation des syphilides secondaires. *Ann. des mal. vénér.*, 26, 665-667, sept. 1931.

Barthélemy (R.). — Nouvelle contribution à l'étude des manifestations syphilitiques. Accidents du travail. *Ann. des mal. vénér.*, 28, 594-609, sept. 1931.

Bernard (R.). — Syphilis et traumatismes. *Bruxelles médical*, n° 1, 24 nov. 1933.

— Diagnostic général et pathogénie des syphilis traumatiques. *Bruxelles médical*, n° 7, 17 déc. 1933.

— Les aspects médico-légaux des syphilis traumatiques à la lumière de la législation belge sur les accidents du travail. *Bruxelles médical*, n° 15, 11 févr. 1934.

— Syphilis et traumatismes. *Bruxelles médical*, n° 1, 5 nov. 1933.

Bessemans (A.) et Van Conneyt. — Effet de certaines blessures oculaires sur l'évolution locale et métastatique de la syphilis expérimentale. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. 111, n° 30, 14 oct. 1932.

Crépin (Louis). — Syphilis et irritation. Thèse Lille, 1893, n° 26.

Courjon. — La syphilis osseuse et les accidents du travail. Thèse Paris, 1913-1914, n° 422, in-8°, 72 p.

Crouzon-Porot. — Tabes et accidents du travail. Discussion du rapport de Verger et Lande. *Ann. de méd. légale*, Paris, 1924, IV, p. 377-380.

Crouzon. — Paralysie générale et traumatisme. *Ann. de méd. légale*, Paris, mai 1925, XVII, p. 484-487.

Carel. — Syphilis et traumatisme. Thèse Bordeaux, 1929-1930.

Desclaux. — Syphilis méconnue et considérée comme un accident du travail. *Ann. de méd. légale*, 1932, p. 520.

Derviillée. — Syphilis et traumatisme. *Médecine des accidents du travail*, juill. 1932.

Dron. — De l'influence de la syphilis sur la réparation des fractures. Thèse Paris, 1875.

Engelhardt (Tubingen). — Die bedentung des traumas für entstelung und verlauf von Haut — und Geschlechstrankheitein und dessen Gutachliche (Beurteilung). — (Importance du traumatisme dans le développement des affections cutanées et vénériennes, son estimation à l'expertise). *Arch. für Derm. und Syphilis*, vol. 180, 20 avril 1940.

Favre (M.), Thiers (H.) et Lagèze (P.). — Notes chimiques sur une variété de déformation hypertrophique du bord antéro-interne des pieds. Contribution à l'étude des lésions syphilo-traumatiques. *Journ. de méd. de Lyon*, 9, 277-282, 20 mai 1928.

Gailleton. — La syphilis des verriers. Thèse Lyon, 1902-1903.

Garido, Lestache. — Traumatismes et syphilis dans l'enfance. *La Pediatria espagnole*, 28 févr. 1921.

Gougerot et Clara. — Syphilis post-traumatiques. *Le Journ. méd. franç.*, déc. 1918.

Gougerot et Guex. — Syphilis cutanées post-traumatiques. *Ann. des mal. vénér.*, année 35, 22 févr. 1940.

Greenbaum et Madden. — Syphilis and trauma. *Amer. Journ. of Syphilis*, vol. XVI, n° 3, juill. 1932.

Guide-barème indicatif des invalidités (accidents du travail et maladies professionnelles). Librairie Masson, édit., Paris, 1942.

Klauder (J. V.). — Ocular syphilis interstitial keratitis and trauma

clinical, experimental and medico-legal aspect. *Arch. Opht.*, 10, 302-328, sept. 1933.

James (J.-J.). — Presence of syphilis in compensations clains as viewed by Missouri Workmen's compensation commission. *Journ. Missouri M. A.*, 585-587, déc. 1932.

Halbron. — Traumatisme point d'appel et localisation des syphilides. *Ann. des mal. vén.*, juill. 1923.

Higoumenakis. — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique. *Ann. dès mal. vén.*, année 33, n° 8, août 1938.

Jeannot. — Opérations chirurgicales chez les syphilitiques.

Jeanselme. — Traité de la syphilis.

Klauder. — Syphilis and trauma. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 8 avril 1922.

Kujoshi Iokota. — Comment, au cours de la syphilis expérimentale, le traumatisme influe-t-il sur l'explosion de la maladie ? *Acta Dermatologica*, 1923, t. I.

Lacapère et Laurent. — Influence du traumatisme sur les localisations de la syphilis sur le front des Islamiques. *Paris médical*, mars 1918.

Lenoir (Olivier). — Syphilis et traumatismes. Conférence sur les accidents du travail et les affections traumatiques, 1913.

Mayaud. — Tabes et traumatisme. Etude pathogénique et médico-légale. Thèse Paris, 1912, n° 426.

Mestres. — Les syphilis sans chancres. Thèse Bordeaux, 1936.

Millian. — Syphilis et accidents du travail. *Progrès médical*, 3 oct. 1908.

Murna. — Sifilis y traumatismo. Un caso de sifilis traumatica por infection congenital. *Ecos españoles de dermato-sifiligrafia*, juin 1934.

Ono et Ishida. — Syphilis expérimentale et trauma. *Lues Kioto*, t. XII, n° 3, juin 1935.

Oretchkine. — Contribution à l'étude de la syphilis traumatique. *Ann. de dermato-syphiligr.*, 1930.

Pasini. — Syphilis et traumatisme. *Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1921.

Pautrier et Domanski. — Gomme syphilitique du sternum survenue après traumatisme chez une hérédo-syphilitique. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, 38, 36, janv. 1931.

Périn. — Kératite parenchymateuse d'origine syphilitique déclenchée par le vaccin T. A. B. *Rev. franç. de dermatol. et de vénér.*, mars 1937.

Petit. — De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse Paris, 1875.

Peyri (Jaime). — Tertiarisme et traumatisme. *Ecos españoles de dermatologia y sifiligrafía*, févr. 1930.

Pierini. — Syphilis cutanée traumatique. *Revista Argentina de dermato-sifilologia*, 1938, in *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1939-1940.

Simon (Cl.). — Essay on pathogene sis of traumatic syphilis. *Ceska dermat. supp.*, 12 : 353-356, 1931.

— Note sur la syphilis dite traumatique. *Bulletin médical*, 25 juin 1921, in *Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1923.

Thibierge. — Syphilis osseuse et accident du travail, relation d'un cas. *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, 11 mai et 10 juin 1926, p. 179-424.

Tome Bona (J.-M.). — Sifilis y accidentes del trabajo. *Acta derm. sif.*, 26 : 553-569, avril 1934.

Vigne et Dusan. — La syphilis traumatique. *Marseille médical*, 15 janv. 1934.

Vilanova (X.) (Barcelona). — Sifilis y traumatismo (Consideraciones clinicas y histopatologicas sobre un caso de sifilis ectimatoïde de la frente cicatrizada, reactivada y aggravada por un pequeño traumatismo). *Actas dermo-sifiliograficas*, avril 1941.

Dépôt légal effectué en 1946 (1er trimestre).

23792. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (51,0192). — 1946.